MODE D'EMPLOI

CONDITIONS DE FACTURATION D'UN AVIS PONCTUEL DE CONSULTANT

1 – Tout spécialiste :

La C2 est accessible à tous les spécialistes quelle que soit leur filière de formation : anciens internes de CHU ou titulaires d'un certificat d'études spécialisées.

2 – Demande explicite :

La C2 est applicable seulement si le patient est reçu sur **« demande explicite »** de son médecin traitant.

Exemples :

- Le malade prend un rendez-vous auprès du médecin correspondant donnant un avis ponctuel de consultant avec une lettre de demande de consultation de son médecin traitant. Ceci correspond à la situation la plus courante.

- Le médecin traitant téléphone au consultant pour expliquer sa demande d'avis : ce cas de figure est possible mais il est souhaitable que le médecin traitant expose par écrit sa demande d'avis au médecin consultant, l'objectif étant de valoriser la coordination entre le médecin traitant et le consultant.
Toutefois, cette demande écrite n'est pas obligatoire.
Quoi qu'il en soit, dans la lettre du consultant au médecin traitant, la notion d'adressage doit apparaître clairement.

3 – Adressage par le médecin traitant :

La C2 est applicable au cabinet ou en établissement dès lors que la demande émane du médecin traitant.
Il s'agit du médecin traitant au sens de la convention médicale nationale.
La C2 est également applicable quand le patient est adressé par le **remplaçant** du médecin traitant ou son associé.
Pour un **patient en déplacement**, est considéré comme médecin traitant celui qui adresse le patient. Le spécialiste consultant doit alors adresser une copie de la lettre au médecin traitant déclaré. Il en est de même pour un **patient vu en urgence.**
Pour les **patients âgés de moins de 16 ans**, est considéré comme médecin traitant le praticien qui adresse le patient.

La C2 n'est pas applicable quand le patient est adressé par un médecin autre que le médecin traitant et quand le patient âgé de 16 ans ou plus n'a pas désigné de médecin traitant.

4 – Ne pas avoir reçu le patient dans les 6 mois précédant la consultation et ne pas avoir à recevoir à nouveau le malade dans les 6 mois suivants :

Le médecin consultant ne doit pas avoir reçu le patient dans les 6 mois qui précèdent la consultation pour la même demande.
Il ne peut pas non plus coter une C2 s'il donne un rendez-vous au patient dans les 6 mois qui suivent. Toutefois, si de manière imprévisible, le patient doit revoir le médecin consultant moins de 6 mois après une C2, celui-ci peut coter une CS mais non une C2.
Une exception est prévue dans le texte conventionnel pour un deuxième avis ponctuel de consultant par un spécialiste de la même spécialité et pour la même pathologie à la condition que le médecin en informe le service médical de la caisse.
Des dispositions particulières sont prévues pour les psychiatres et les neuropsychiatres (voir ci-après).

5 - Adresser au médecin traitant ses propositions thérapeutiques et lui laisser la charge d'en surveiller l'application :

Le médecin correspondant ne donne pas de soins continus mais laisse au médecin traitant, à qui il a adressé ses conclusions et propositions thérapeutiques, la charge de surveiller l'application de ses prescriptions. Il peut, cependant, établir une première ordonnance de mise en route du traitement ou de demande d'examens complémentaires.

DISPOSITIONS PARTICULIERES

1 – Actes pouvant être associés à la C2

Les honoraires des avis ponctuels de consultant ne se cumulent pas avec d'autres actes sauf exceptions nécessaires à l'élaboration de son avis de consultant (par exemple : épreuve d'effort, endoscopie, radio pulmonaire, électrocardiogramme …)

En revanche, la C2 n'est pas applicable dans le cadre d'une prise en charge protocolisée ou d'une séquence de soins :

- lorsqu'un rythme de consultations spécialisées est prévu dans une prise en charge protocolisée (soins itératifs) et que le patient vient consulter dans le cadre de ce protocole,
- en cas de séquence de soins nécessitant l'intervention successive de plusieurs intervenants sans passage par le médecin traitant (par exemple : médecin traitant, chirurgien, anesthésiste, cardiologue). Dans cette séquence, le médecin anesthésiste réanimateur ne peut coter une C2 que dans les conditions citées ci-dessous et le cardiologue ne peut coter une C2.

2 – C2 des chirurgiens :

La cotation C2 peut aussi être utilisée par le chirurgien lorsque le patient lui est adressé, non pas directement par le médecin traitant, mais par le spécialiste correspondant de ce médecin traitant.

La cotation C2 peut être utilisée quand c'est le même chirurgien qui pratique l'intervention, sous condition d'adresser au médecin traitant et, le cas échéant, au spécialiste correspondant, un compte rendu écrit de cette consultation.

La cotation C2 de l'examen de consultant s'applique aussi lorsque l'intervention chirurgicale est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du malade.

3 – C2 des anesthésistes :

Dans le cadre du parcours de soins coordonné, la consultation pré anesthésique peut donner lieu à une cotation C2 pour un patient dont l'état clinique est évalué au niveau 3 ou supérieur à 3 de la classification de l'American Society of Anesthesiologists (classification ASA).

Cette consultation donne lieu à un compte rendu écrit destiné au médecin anesthésiste qui pratiquera l'anesthésie opératoire, à l'opérateur ainsi qu'au médecin traitant.

4 – C2,5 des psychiatres et neuropsychiatres :

A titre dérogatoire, en cas de séquence de soins nécessaire pour établir son avis ponctuel, le psychiatre ou le neuropsychiatre a la possibilité de revoir le patient une ou deux fois dans les semaines suivantes.

La première consultation sera cotée C2,5 et les suivantes, dans la limite de deux consultations, seront cotées CNPSY.

A noter :

Les spécialistes qui ne réalisent pas d'actes techniques appartenant à des spécialités dites cliniques ne sont pas autorisés à coter une CS en sus de la C2 s'ils sont amenés à revoir le patient, après des examens complémentaires demandés, afin de pouvoir exprimer leur avis circonstancié de correspondant.